



Ospedale di Villa d'Agri

VERBALI AUDIT CLINICO

- 1° incontro : 10/06/2013 (ore 15,00-17,00)
2° incontro : 13/11/2013 (ore 12,00-15,00)
3° incontro : 12/12/2013 (ore 12,00-14,30)

Obiettivo di budget: Avvio di n.1 audit clinico nell'Ospedale di Villa d'Agri su un percorso clinico assistenziale critico relativamente alle patologie pneumologiche

Unità operative: Pneumologia - UTI - UTIC - PSA – Medicina - direzione Sanitaria dell' ospedale di Villa d'Agri , area di staff Qualità

ARGOMENTO: EMBOLIA POLMONARE

Nel corso del 1° incontro gli argomenti trattati sono stati i seguenti:

- Illustrazione a cura della dott.ssa Falanga delle modalità di realizzazione dell'audit clinico già messe in atto presso l'ospedale di Melfi nell'anno 2012, inerente la scelta dell'argomento, l'individuazione di linee guida e di strumenti per la loro dissezione e valutazione, nonché la scelta dei criteri/standard derivanti dalle raccomandazioni ivi contenute. Sono stati altresì definiti i ruoli dei partecipanti, soffermandosi in particolare sul ruolo del responsabile aziendale della qualità mirato a facilitare e guidare metodologicamente l'implementazione e la esecuzione dell'audit clinico, fornendo il supporto materiale necessario (linee guida, strumento di valutazione delle stesse) e tecnico (definizione del campione rappresentativo dell'universo, modalità di rilevazione dei dati, analisi ed elaborazione degli stessi da condividere in seno al gruppo, nonché la rappresentazione grafica del nuovo percorso sull'EP presso l'ospedale di Villa d'Agri con l'implementazione della LG scelta e verbalizzazione degli incontri). Inoltre, si è proseguito nell'illustrare i successivi vari step dell'audit clinico consistenti nell'individuazione delle barriere che potrebbero non aver garantito la presenza dei criteri standard previsti dalla LG utilizzata, sull'opportunità di introdurre possibili azioni di miglioramento, nonché sulle modalità di contestualizzazione della LG sull'EP all'interno dell'ospedale
- Individuazione dell'argomento da trattare partendo dalla DGR 298/2012 relativa agli obiettivi di salute e di programmazione economico finanziaria per gli anni 2012-2013 comprendente le performance organizzative e cliniche aziendali da migliorare. In particolare, il gruppo si è soffermato a discutere sul tasso di ospedalizzazione per BPCO della fascia di età: 50-74 anni, argomento segnalato nella direttiva regionale tra le performance critiche da migliorare nell'ospedale di Villa d'Agri. Nel corso dell'incontro la dott.ssa Martini ha illustrato le motivazioni che portano a ritenere tale performance clinica non problematica presso l'ospedale di Villa d'Agri in quanto negli ultimi anni non si è verificato nessun ricovero con diagnosi di ingresso di BPCO. Le valutazioni prodotte dalla dott.ssa Martini evidenziano che



tale problematica è da addebitare esclusivamente a ricoveri di pazienti affetti anche da BPCO, figurante quest'ultima come diagnosi secondaria. A seguito di animata discussione e di valutazione dei dati dei ricoveri effettuati presso le unità operative di pneumologia, UTIC, e medicina si è deciso di mettere a punto un audit clinico sull'embolia polmonare, grave patologia per la quale i clinici convenuti ritengono di volersi confrontare con le migliori prassi in uso nel mondo e valutare la possibilità di una eventuale revisione del percorso assistenziale ad essa sotteso. L'incontro termina con l'impegno di individuare linee guida sull'argomento, da valutare ed utilizzare nel corso dell'incontro successivo

Nel corso del 2° incontro gli argomenti trattati sono stati i seguenti:

- Valutazione della linea guida NICE, predisposta per conto del NHS sull'embolia polmonare, pubblicata nel giugno del 2012, scritta in lingua inglese, già trasmessa ai partecipanti all'audit clinico dalla responsabile dell'area di staff qualità per opportuna lettura e comprensione. Tale valutazione è stata effettuata con lo strumento AGREE 2009. A seguito di ciò la LG è stata ritenuta la migliore in assoluto in quanto rispondente al giudizio "LG di qualità più elevata". Pertanto, all'unanimità si è deciso di utilizzare per l'audit clinico la LG messa a punto dal NICE
- Individuazione di tutti i criteri/standard derivanti da raccomandazioni presenti nella linea guida scelta (n.40) : "Venous thromboembolic disease: diagnosis of pulmonary embolis" corrispondenti alle migliori prassi utilizzate per la diagnosi e il trattamento farmacologico e meccanico dell'Embolia Polmonare
- Campione dei pazienti da prendere a base per la rilevazione. In considerazione del numero non alto di ricoveri riscontrati negli ultimi tre anni, 2011-2012-2013 (fino al 13 novembre), nelle unità operative di pneumologia, UTIC e medicina, 48 in tutto, si è deciso di considerare ai fini dell'audit l'intero universo dei ricoveri per EP. Difatti da una determinazione del campione rappresentativo dei 48 pazienti con un intervallo di confidenza del 95% +5% / -5% il numero sarebbe stato pari a 43

Nel corso del 3° incontro gli argomenti trattati sono stati i seguenti:

- rilevazione dei dati dalle cartelle cliniche relativi alla diagnosi di EP e ai trattamenti farmacologici e meccanici con l'utilizzo dello strumento di rilevazione messo a punto dal NICE (traduzione a cura della dott.ssa Falanga e del dott. Fanchiotti)
- individuazione dei tempi di rilevazione dei dati dalle cartelle cliniche dei pazienti ricoverati per EP in pneumologia, UTIC e medicina. Si è deciso che la rilevazione finalizzata a verificare la misura della performance verificando "come siamo messi" rispetto alla LG scelta dovrà terminare entro la prima metà del mese di febbraio p.v

medico/operatore di unità operativa diversa da quella di appartenenza

- gli indicatori di misurazione individuati sono di ordine dicotomico (sì/no, r. disponibile) tesi a verificare nella realtà dell'ospedale di Villa d'Agri la presenza/ dei criteri/standard rilevati dalla linea guida del NICE
- Infine, sono stati illustrati a cura dello staff qualità le modalità di prosecuzione del clinico ed individuate pressoché le date dei successivi incontri da tenersi nei primi mesi del prossimo anno

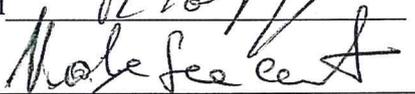
dott.ssa Maria Cristina Martini



dott. Eduardo Fanchiotti



dott. Nicola Scaccuto



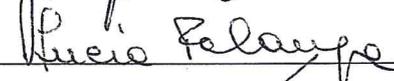
dott. Carlo Toscano



dott. Giuseppe Cardone



dott.ssa Lucia Falanga



audit clinico condiviso con il dott. Donato Di Salvo



e il dott. Bruno Masino





AREA DI STAFF QUALITA'

VERBALI anno 2014

4° incontro : 06/02/2014 (ore 13,00-15,00)
5° incontro : 29/04/2014 (ore 10,30- 13,00)
6° incontro : 10/09/2014 (ore 11,30-13,00)

AUDIT CLINICO sulla Diagnosi e Trattamento dell'Embolia Polmonare (EP) c/o ospedale di Villa d'Agri- unità operative di pneumologia – UTIC - medicina –PSA e Rianimazione- LG selezionata NICE - 2012

I pazienti dimessi con diagnosi di embolia polmonare a seguito di ricovero ordinario nelle unità operative oggetto di rilevazione, nell'arco dei tre anni 2011-2012-2013, sono stati in tutto n. 41, così suddivisi: n.10 ricoverati in UTIC, n. 4 in medicina e n.27 in pneumologia. Inizialmente il numero dei casi pari a 48 comprendevano i ricoveri diurni, in seguito esclusi.

La misurazione delle performances delle singole unità operative di pneumologia, UTIC, medicina, PSA e rianimazione in merito alla diagnosi e cura dell'EP ha previsto la rilevazione dalle cartelle cliniche dei pazienti, dimessi a seguito EP, la verifica delle modalità adottate in riferimento alla LG del NICE – 2012 e la valutazione dei risultati.

In particolare, nel corso del 4° incontro è stato fatto il punto della situazione sulla rilevazione dei dati in corso nelle tre unità operative di cui trattasi. Per la rilevazione dei dati dalle cartelle cliniche, inerenti la diagnosi di embolia polmonare e i trattamenti farmacologici e meccanici, sono stati utilizzati gli strumenti messi a disposizione dal NICE.

Nel corso del 5° incontro a seguito di rilevazione, che ha messo in luce come “siamo messi” rispetto alla LG del NICE, è stata avviata l'analisi dei risultati relativi ai dati rilevati nelle singole unità operative oggetto di indagine, evidenziando gli scostamenti dalla LG scelta, identificando, nel contempo, le motivazioni cliniche che hanno determinato gli scostamenti dalla LG selezionata. Inoltre, essendo stati riscontrati dati non congruenti nella rilevazione della pneumologia, la dott.ssa Martini ha preso l'impegno di rivedere il tutto in tempi brevi. I risultati relativi alle uu.oo. UTIC e medicina sono di seguito rappresentati.

DIAGNOSI DI EP

UTIC – tutti e dieci i pazienti dimessi hanno ricevuto una valutazione della storia medica generale ed un esame fisico, non tutti, come raccomandato dal NICE, hanno ricevuto rx torace -7/10 (si).

In caso di sospetto di PE solo **in 1 caso su 10 casi è stata valutata la probabilità di EP** utilizzando i due livelli di punteggio Wells (a cui non è stato effettuato rx torace per escludere altre cause). In questo unico caso è stata riscontrata una improbabile PE, effettuato il test D-dimero ed una angiotac polmonare prima che il risultato del test D-dimero fosse disponibile. A seguito di angiotac positiva è stata diagnosticata la EP ed è iniziato il trattamento.

MEDICINA-tutti e quattro pazienti hanno ricevuto una valutazione della storia medica generale ed un esame fisico e una radiografia del torace, uno di essi è stato trasferito in UTIC. A nessuno dei 4 pazienti è stata valutata la probabilità di EP utilizzando i due livelli di punteggio Wells.



AREA DI STAFF QUALITA'

TRATTAMENTI FARMACOLOGICI E MECCANICI

UTIC

trattamenti farmacologici -Nell'unico caso a cui è stata valutata la probabilità di EP è stata offerta eparina a basso peso molecolare, fondaparinux. Non è stato indicato se il trattamento è continuato per cinque giorni fino a quando l'INR ≥ 2 per 24 ore almeno. Al paziente non sono stati forniti antagonisti della vitamina k entro le 24 ore dalla diagnosi perché trasferito a PZ in 2° giornata per coronarografia. Non è indicato se il trattamento con antagonisti della vitamina k è proseguito per tre mesi, ne se sono stati valutati i relativi rischi e benefici.

trattamenti meccanici-al paziente è stato riscontrato una TVP nel tratto prossimale della gamba, non è indicato se sono state offerte le calze dopo una settimana dalla diagnosi o quando il gonfiore si è ridotto, ne se le calze fossero state da sotto il ginocchio e a compressione graduata. La TPV è stata provocata da una recente pancreatite e non ha attivo il cancro.

MEDICINA

trattamenti farmacologici ai quattro pazienti valutati è stato offerto fondaparinux, per due di loro il trattamento è continuato per 5 giorni fino a quando l'INR ≥ 2 per almeno 24 ore. A due dei quattro pazienti a cui è stato riscontrato il cancro non sono stati offerti antagonisti della vitamina k entro 24 ore dalla diagnosi e il trattamento con fondaparinux è proseguito per almeno 6 mesi, come per i due restanti pazienti. Ai due pazienti senza cancro sono stati offerti anche gli antagonisti della vitamina k entro 24 ore dalla diagnosi, ma il trattamento non è proseguito per tre mesi.

Trattamenti meccanici-Uno dei pazienti senza cancro ha avuto una TPV nel tratto prossimale della gamba a cui non sono state offerte entro una settimana dalla diagnosi o quando il gonfiore si era ridotto calze da sotto il ginocchio e a compressione graduata.

Indagini per il cancro

Ai due pazienti già noti per avere il cancro con diagnosi di TVP o PE immotivata sono state offerte indagini relative al cancro: esame fisico, rx torace, esami clinici, emocromo, livelli sierici del calcio, test di funzionalità epatica ed analisi delle urine. Ad entrambi di età superiore a 40 anni sono state eseguite ulteriori indagini per il cancro: TC addomo-pelvica, e la mammografia per la paziente di sesso femminile.

Nel corso del 6° incontro sono stati analizzati i dati revisionati dalla dott.ssa Martini riguardanti la pneumologia. Gli stessi sono di seguito riportati.

PNEUMOLOGIA

DIAGNOSI DI EP

I pazienti ricoverati in pneumologia sono stati nell'arco dei tre anni (2011-2012-2013) pari a 27. Tutti hanno ricevuto una valutazione della storia medica, un esame fisico e a 26 di essi è stato garantito rx torace per escludere altre cause. Tutti hanno ricevuto la valutazione per verificare la probabilità di PE utilizzando i due livelli di punteggio Wells. A tutti i pazienti è stata riscontrata una probabile PE, essendo stato riscontrato un punteggio > 4 . A 25 di loro è stato effettuato il test D-dimero, a 26 l'angioTC polmonare, ad uno di essi la scintigrafia polmonare. A cinque pazienti l'angioTC non è stata offerta immediatamente e nell'attesa i pazienti hanno ricevuto temporaneamente una immediata terapia anticoagulante per via parenterale.

Per 26 pazienti l'angioTC è stata positiva, il restante paziente presentava una pregressa tromboembolia polmonare. Per tutti i pazienti a seguito diagnosi di PE è iniziato il trattamento. L'unico paziente con sospetta TEP era allettato e l'ecografia del tratto prossimale della gamba l'aveva effettuato in altro reparto. Il paziente è stato informato di non avere la PE. Il paziente con improbabile PE ha fatto il test

L'numero in pronto soccorso e in chirurgia è stato offerta l'angioTC prima che il risultato è disponibile. L'angioTC è stata positiva per esiti di recente trombo embolia polmonare per cui il trattamento era già in corso.

Sono state considerate diagnosi alternative ed il paziente è stato informato della mancata possibilità che avesse la PE.

TRATTAMENTI FARMACOLOGICI E MECCANICI

A 25/27 pazienti cui è stata fatta diagnosi di PE è stata offerta terapia farmacologica, ai restanti la terapia è iniziata in UTIC. A 10 pazienti è stata offerta arixtra, a 15 il clexane. A 2 il trattamento è continuato per 5 giorni fino a quando l'INR ≥ 2 per almeno 24 ore. Dei ricoverati, in 1 paziente è stato riscontrato il cancro attivo, 1 paziente aveva subito intervento di tumore al retto, in un altro si è riscontrato il cancro anamnestico e ad un altro è stato consigliato il controllo nel tempo del marker tumorale. All'unico caso con cancro attivo è stata offerta eparina a basso peso molecolare e il trattamento è proseguito per almeno 6 mesi. A 16 pazienti è stata offerta terapia embriicata. Per la valutazione dei rischi e benefici dopo 6 mesi prima di iniziare il trattamento i pazienti sono stati inviati ai medici di medicina generale (1). Ai pazienti a cui è stato riscontrato cancro attivo sono stati offerti gli antagonisti della vitamina K, ad eccezione di un caso che ha proseguito con la terapia del clexane perché controindicata la terapia con gli antagonisti della vitamina K. A 19 di essi il trattamento è stato offerto entro 24 ore dalla diagnosi, rispettivamente in quarta e quinta giornata. Per 20 pazienti il trattamento con gli antagonisti della vitamina K è proseguito per tre mesi. I rischi e benefici sono stati valutati dopo tre mesi di seguito al trattamento non direttamente dalla struttura ospedaliera ma inviando i medici di medicina generale e/o a specialisti. Dei 27 pazienti seguiti, 18 di essi hanno avuto un trombo nel tratto prossimale della gamba, 5 no, ad un paziente è stata riscontrata diatesi trombotica, 2 hanno effettuato rispettivamente intervento di femore e di anca e nell'ultimo caso non è stato riscontrato nulla in cartella clinica. A 6 di essi con TVP sono state offerte calze da sotto il ginocchio con compressione graduata dopo una settimana dalla diagnosi o quando il gonfiore si è ridotto.

INDAGINI PER IL CANCRO

Dall'analisi dei dati emerge che 6 dei pazienti trattati hanno avuto una TVP o PE non provata, 10 pazienti sono state offerte indagini relative al cancro (esami fisico, rx torace, emocromo, PSA, test di funzionalità epatica ed analisi delle urine. Di tutti i pazienti trattati, 18 sono superati i 40 anni. Per 20 pazienti non vi erano segni e sintomi di cancro basati su un'indagine iniziale, a 2 di essi sono stati prescritti controlli programmati a distanza. A tre pazienti è stata offerta una TC addomeo-pelvica, ai restanti altre diverse indagini.

Nel corso dell'incontro sono stati esaminati flow chart con cui sono stati descritti i percorsi di diagnosi e trattamento della embolia polmonare da adottare presso l'ospedale di Villa Igiea. I flow chart tengono conto della LG del NICE - anno 2012 e della LG ESC del 2009 per il percorso diagnostico; quest'ultima LG è utilizzata già da tempo presso l'ospedale di Villa Igiea. I logogrammi sono stati predisposti dal dirigente dell'Area di Staff Qualità arricchiti ed integrati con gli incontri dal gruppo di lavoro. Per quanto attiene la radiografia del torace da effettuarsi al paziente in pronto soccorso, come da LG NICE indicato, i clinici ritengono di non adottare tale esame sia perché ritenuta inutile, sia perché l'angioTC effettuata è più sensibile e specifica per embolia polmonare. D'altro canto, tale esame è suggerito dal gruppo di lavoro che ha messo a punto un protocollo risultando derivante da una revisione sistematica della letteratura. Tra le azioni di miglioramento da mettere in campo è stata evidenziata la necessità di trascrivere in cartella clinica tutte le attività svolte sul paziente, comprendenti indagini diagnostiche, interventi farmacologici e meccanici.

AIEGau

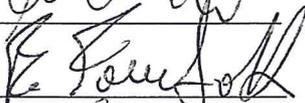
- Flow chart diagnosi di PE
- Flow chart Trattamenti farmacologici e meccanici per diagnosi di PE

N.B. La rilevazione dei dati e la sintesi dei risultati sono disponibili presso le unità opera presso parte all'audit clinico e presso l'ufficio dell'Area di Staff Qualità.

dott.ssa Maria Cristina Martini



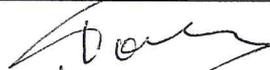
dott. Eduardo Fanchiotti



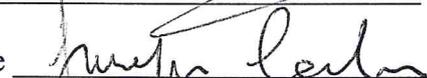
dott. Nicola Scaccuto



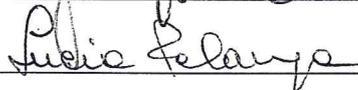
dott. Carlo Toscano



dott. Giuseppe Cardone

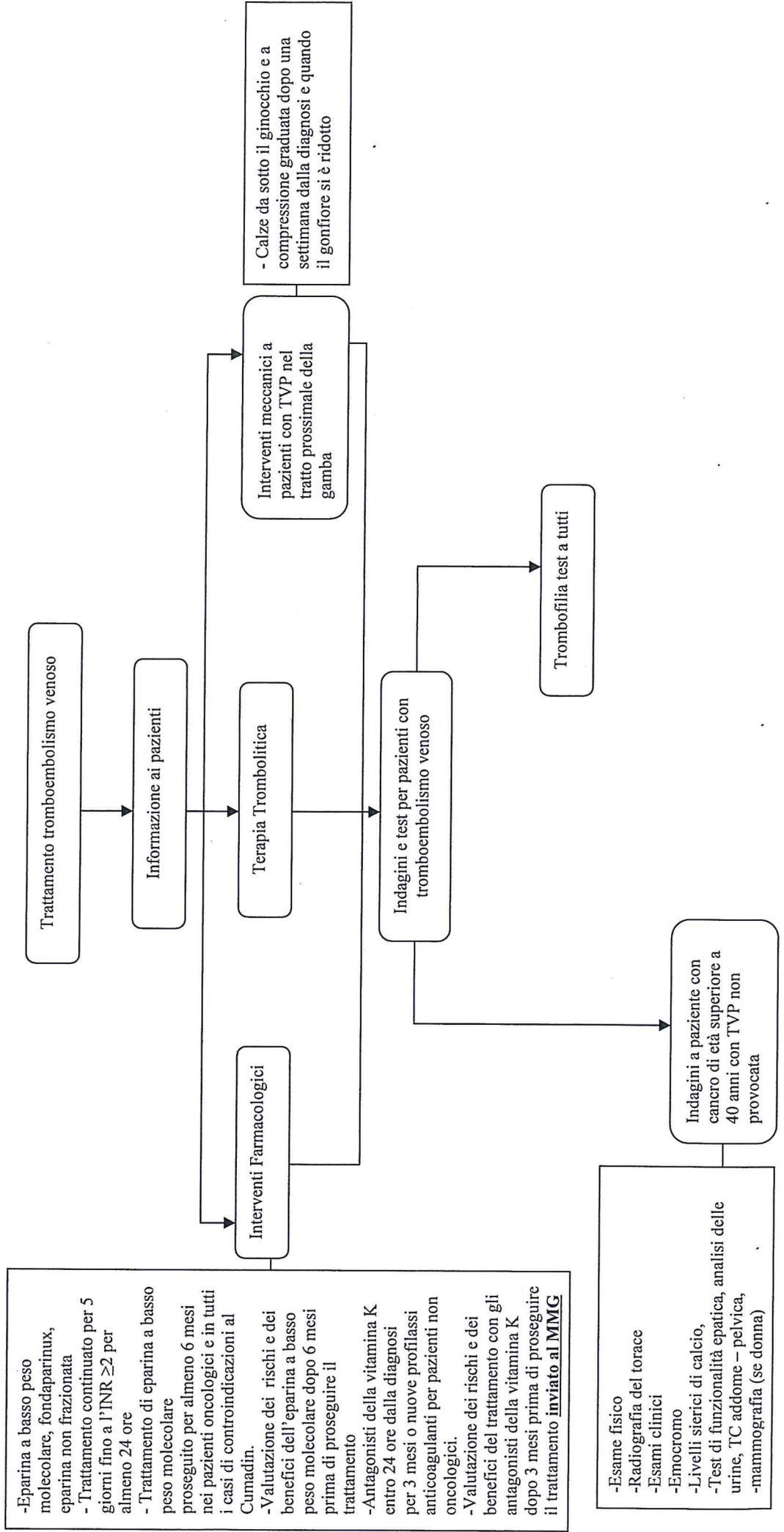


dott.ssa Lucia Falanga





TRATTAMENTO TROMBOEMBOLISMO VENOSO





PERCORSO DIAGNOSTICO TERAPEUTICO ASSISTENZIALE PER LA DIAGNOSI DI EMBOLIA POLMONARE (EP) NELL'OSPEDALE DI VILLA D'AGRI (LINEA GUIDA - NICE 2012) - ESC 2009

